№ 4. Wien, Freitag den 27. Jänner 1860. VI. Jahrg.

Oesterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde.

Herausgegeben von dem Doctoren-Collegium der

medicinischen Facultät in Wien.

Redigirt von Prof. Dr. v. **Patruban** und Docenten Dr. **Drasche.**

Skizze über das Grosswardeiner-Bischofsbad.

Mitgetheilt vom Oberstabsarzte Dr. ***Franz Neuhold.***

Die, unter dem Namen »Bischofsbad« bekannte Curanstalt befindet sich, eine Meile von Grosswardein in Ungarn, gegen Osten in einer Thalebene zwischen zwei sanften Hügeln, auf deren Rücken östlich das Dorf Hajó, nach Westen das Dorf Ronto erbaut ist. Zu dieser Badeanstalt führt eine treffliche Strasse.

Im Südosten der Anstalt erhebt sich ein höherer Berg, nördlich und südlich wird dieselbe von anmuthigen Hügeln begränzt. Am westlichen Abhange jener höheren Bergkuppe, welche in ihrer ganzen Ausdehnung der Kalkformation angehört, öffnet sich eine sehr hübsche Tropfsteinhöhle; am linken Ufer des hier entspringenden Pezeflüsschens aber findet man in der Nähe einer Kapelle äusserst interessante Petrefacte. Mächtige Steinkohlenlager ziehen sich einige 1000 Schritt von da nach Süden zu. Am Fusse der bereits erwähnten Bergkuppe, südöstlich, entspringen zahlreiche Quellen, sämmtlich in einer geraden Linie von Osten nach Westen, zusammen an fünfundzwanzig, wovon eine, der Sprudel genannt, die stärkste ist. Sie kommt in der Dicke des stärksten Mannes aus einer bodenlosen Tiefe, hilft den Pezefluss verstärken, so dass der Fall seines Flussbettes eine Drehholzschuh-Fabrik, zwei Walken und mehrere Mühlen im Betriebe erhalten kann. Durch die sogenannte Sprudelquelle, die an Stärke selbst die Carlsbader-Quelle übertrifft, werden aus der Tiefe verschiedenartig geformte Conchylien *) ausgeworfen, die mit Sieben aus dem teichähnlichen Becken dieser Quelle herausgefischt werden. Die verschiedenen Quellen fliessen durch einen kleinen Theil von Grosswardein in den Köres-Fluss, dessen Wasserkraft nicht unbedeutend ist und der im Winter nie einfriert. Das Wasser dieser Quellen ist krystallklar, durchsichtig; der Geschmack desselben ist alkalinisch, doch nicht unangenehm, und nur im Bade nimmt man in etwas den Geruch nach Schwefelwasserstoffgas wahr. Nach dem Auskühlen bleibt es unverändert und setzt kleine Gasblasen ab, wenn es längere Zeit in Glasgefässen steht. Abgekühlt ist es das gesundeste Trinkwasser, das die Verdauung befördert und die Urinsecretion auffallend vermehrt. Die Temperatur ist in den verschiedenen Quellen zwischen 28° und 36° R., das specifische Gewicht ist bei 1004. Nach einer im Jahre 1835 von dem Apotheker Horwath vorgenommenen chemischen Analyse enthalten 32 Loth dieses Wassers folgende Bestandtheile:

Schwefelsaures Natron	3,54	Gran
» Magnesia	4,11	»
» Kalkerde	2,80	»
Kohlensaures Natron	5,03	»
» Magnesia	1,20	»
» Kalkerde	3,70	»
Eisen- und Magnesiaoxydul-Spuren	—	—
Kieselerde	1,00	»
Organische Stoffe	0,06	»
Schwefelwasserstoffgas	6,24	Kubikzoll.

Das hier angeführte Grosswardeiner Bischofsbad, rücksichtlich der Menge seiner fixen Bestandtheile, gehört zu den erdig alkalischen Schwefelthermen, deren Wirkung ist: Erwärmung, Belebung, gelinde Auflösung. Es wird diese Quelle in Gebrauch gezogen: in fieberloser Schwäche, nach bedeutenden Krankheiten oder Säfteverlusten, in Lähmungen, die nicht auf organischen Veränderungen des Gehirns beruhen, besonders gichtischer, rheumatscher und traumatischer Art. Auch gegen Verstopfungen der Drüsen und der Unterleibsorgane, bei Harnleiden, Hypochondrie, Hysterie, Koliken, Gelbsucht, Magen- und Verdauungsschwäche, Leberleiden, welche durch Gallensteine bedingt sind, bei Unfruchtbarkeit (deren wunderbare Heilung Dr. Grosz, der sich das genaue Studium dieses Mineralwassers zur Aufgabe gemacht zu haben scheint, gesehen hat), sowie bei anomaler Gicht, bei Scrophulosis in allen Formen und Folgen; endlich gegen Wassersucht, wenn diese als Folge von Milz-, Leberverhärtung und Nierenleiden auftritt, wurde von allen Zeiten her das Bischofsbad empfohlen.

Zu diesem Zwecke wird dieses Wasser allein getrunken, oder zugleich in Form von Bädern gebraucht, oder der Schlamm als Umschlag auf den leidenden Theil verwendet.

Trotz der staunenswerthen Wirkung, die der Gefer-

*) Die von dem Herrn Verfasser an uns eingesendeten 2 Species, welche in grosser Menge vom Sprudel ausgeworfen werden, gehören zu den Napfschnepfen (Genus: Ctenobranchiata); sie wurden von dem Herrn Director Dr. Hörnes, als Melanopsis pygmaea, (fossil), und als Nerita fluviatilis bestimmt.

tigte an sich selbst erprobt hat, da er an einer bereits weit vorgeschrittenen Brightischen Krankheit gelitten hatte, von der er durch einen sechswöchentlichen Gebrauch dieser Bäder in den Monaten October und November vorigen Jahres vollends genas, ist die Thermalquelle bei Grosswardein in der jüngsten Epoche weniger besucht worden. Wohl gedachte ihrer Janus Panonius schon im fünfzehnten Jahrhunderte, später Wernherr, Nicolaus Olah und es wurde schon im Jahre 1763 über dieselbe an die königliche ungarische Statthalterei berichtet, so wie auch der Debrecziner Professor Stef. von Hatvany 1777 eine Monographie derselben drucken liess. Allein zur zweckmässigen Benützung derselben wurde bis zum Jahr 1834 wenig gethan. Von da angefangen, liess Bischof von Leizak die ersten Bauten aufführen und legte einen Park an. Im Jahre 1840 hatte das Bischofsbad schon vier schöne Spiegelbäder, eine Trinkanstalt, eine Kapelle, drei Gastzimmer, die Wohnung des Traiteurs, Wagenremisen, Stallungen u. s. w.

Nachdem im März 1842 diese Gebäude ein Raub der Flammen geworden waren, ist die gegenwärtige Trinkcur- und Badeanstalt in sehr elegantem Styl neu gebaut worden. Hervorhebenswerth erscheint, dass die Badeanstalt rechts und links zwei Eingänge hat, die in das männliche und weibliche Auskleidungszimmer führen, wo zur grösseren Bequemlichkeit mehrere Entkleidungskabinete vorhanden sind. Man gelangt mittels einer hölzernen Stiege in das 20 □° grosse Steinspiegelbad (das Stefansbad genannt), welches 4½′ tief ist und täglich ganz entleert, frisch angefüllt und sehr rein gehalten wird.

Ein zweites, ebenfalls so grosses, mit Stein ausgelegtes Spiegelbad (Elisabethbad), welches bloss eine gemeinschaftliche Entkleidungskammer hat, ist nach links zu angebracht. Die Temperatur des Bades ist zwischen 33° und 36° R. Das Gebäude enthält alle, in einer gut eingerichteten Badeanstalt gesuchten Behelfe, als: Küche, Speisezimmer, mehrere Kammern und Zimmer zur Unterbringung des in einer solchen Anstalt nöthigen Dienstpersonals, so wie auch zwei Wannenbäder und eine Cantine, wo für die Dienerschaft und für minder wohlhabende Leute billigere Kost verabreicht wird. Im ersten Stockwerke befindet sich ein Conversationssaal und 35 Zimmer sammt der nöthigen Einrichtung für die Badegäste. Rechts vom Hauptgebäude ist ein in der Richtung von Westen nach Südost erbautes Gebäude, welches ebenerdig ist und 28° Länge und 6° Breite hat und mit 22 Kammern versehen ist, die sehr trocken sind und um billigeren Preis, als die im Hauptgebäude, vermiethet werden. Links vom Hauptgebäude sind 6 hölzerne Kammern, 8½° lang und 3½° breit, die für arme Leute unentgeltlich vertheilt werden. Der Kostenbetrag richtet sich, nach der Localität, die man bezieht, von 28 kr. bis 1 fl. 50 kr. Oe. W. auf 24 Stunden.

Vor dem Hauptgebäude befindet sich eine gut eingerichtete Kapelle, in der alle Sonn- und Feiertage eine heilige Messe gelesen wird. Von dieser rechts erblickt man eine Statue, die den ungarischen König Ladislaus darstellt. Ein neu angelegter Park, an welchen ein grosser Wald stösst, ladet die Badegäste zu erquickenden Spaziergängen in kühlendem Schatten ein. Hinter dem Hauptgebäude befinden sich zwei 6 □° grosse Bäder, die von hartem Steinmaterial erbaut, möblirt, und mit Comfort ein gerichtet, als Familienbäder benützt werden (für deren Benützung entfallen für eine Stunde 55 kr. Oest. W.). Vor diesem Gebäude, auf 5° Entfernung, ist die 28° R. warme Trinkquelle, Hygiene genannt.

Die ärztliche Hilfeleistung ist dem Herrn Medic. Dr. Anton Mayer anvertraut, der bereits seit einigen Jahren als gesuchter Badearzt fungirt. Der Wundarzt Bistrizany ist ihm als ärztlicher Gehilfe beigegeben. Die Kost ist sehr gut und billig, die Küche wird täglich mit grosser Aufmerksamkeit von dem Herrn Badearzte überwacht. Die Frequenz der Badegäste ist jährlich 1200 bis 1300 Individuen, die theils Grosswardein, theils den nahe anstossenden Bezirken angehören.

Die Frequenz dürfte, bei den auffallend guten Heilwirkungen ins Steigen kommen, und ich verspreche, nach den mir bekannten Erfolgen, diesem Curorte eine schöne Zukunft. Die erneuerte Analyse wird täglich von Wien erwartet. Dieser Badeanstalt bleibt nichts zu wünschen übrig. als dass, man die einzelnen Steinbäder nach der Art der Ofner Bäder einrichten möchte, damit das Wasser der minder warmen Quellen benützt werden könnte, und endlich, dass, da die liebe Natur hier warme Heilquellen ihrem Schoos entsprudeln lässt, nicht nur im Sommer, sondern auch im Winter die Najade der leidenden Menschheit zu Gebote gestellt werde.

Die polizeiliche Aufsicht wird von einem, hiezu von Grosswardein delegirtem Polizeicommissär besorgt.

Beitrag zur Anatomie der Kehlkopfsmuskeln.

*Von Dr. **Bochdalek** (junior), zweitem Assistenten bei der Lehrkanzel der descriptiven Anatomie zu Prag.*

(Mit einer Abbildung.)

Ein Musculus cricothyreoideus posticus.

Zu wiederholten Malen hatte ich die Gelegenheit, einen, meines Wissens bisher völlig unbekannten und in keinem anatomischen Werke beschriebenen, noch auch nur erwähnten Muskel zu beobachten.

Ich sah denselben wohl an zwanzig Mal und fand ihn unter sechs Leichen mindestens einmal. Was mir von besonderem Interesse an diesem Muskel zu sein scheint, ist, dass ich ihn, so viel ich mich entsinne, nur an Kehlköpfen von weiblichen Individuen fand und denselben an männlichen Kehlköpfen bisher vergebens suchte. Zudem sah ich den betreffenden Muskel immer nur an einer Seite, entweder rechts oder links; niemals jedoch (in allen von mir beobachteten Fällen) war er beiderseits vorhanden. Dieser Muskel, den ich mit dem Namen cricothyreoideus posticus bezeichne, liegt, je nachdem er eben rechts oder links vorhanden ist, seitlich und nach aussen von dem Musculus cricoarytaenoideus posticus der betreffenden Seite, unmittelbar auf dem seitlichen Theil der hinteren Fläche der Platte des Ringknorpels. Er wird an seinem inneren Theil (Ursprung) etwas vom äusseren Rande des hinteren Ringgiesskannenmuskels überragt (worin eben die Ursache seines bisherigen Uebersehens liegen mag), sein äusserer Theil jedoch liegt, nachdem man die, die hintere Kopfwand bedeckende, Schleimhaut der vorderen Pharynxwand entfernt hat, vollständig frei zu Tage und ist leicht von den an dem Processus muscularis des Giesskannenknorpels haftenden Fasern des Musculus cricoarytaenoideus posticus zu unterscheiden.

Der Musculus cricothyreoideus posticus (4) entspringt theils fleischig, theils mit ganz deutlichen, hellglänzenden Sehnenfasern dicht oberhalb dem untersten Insertionspunct des hinteren Ringgiesskannenmuskels (1′), von demselben zum Theil bedeckt und durch eine Lage lockeren Bindegewebes vollständig getrennt, an dem Seitentheil der hinteren Fläche der Platte des Ringknorpels (A), drei Linien oberhalb des unteren Randes desselben, verlauft als ein rundliches Muskelbündel mit paralellen Fasern schief nach aussen und oben hinter der Articulatio cricothyreoidea lateralis, und befestigt sich theils fleischig, theils schwachsehnig am hinteren Rande fast des ganzen unteren Horns des Schildknorpels (B). Während diesem Verlaufe deckt der Musculus cricothyreoideus posticus den, an die hintere Kehlkopfwand heraufsteigenden Endast des Nervus laryngeus inferior (6), der niemals hinter, sondern stets vor ihm verlauft, indem der genannte Nervenzweig durch eine, von dem Musculus cricothyreoideus posticus, von der Spitze des untern Horns des Schildknorpels und dem Ringknorpel gebildete, Oeffnung hindurchtritt, und über das Ligamentum cricothyreoideum laterale (5) gelangend, seinen weiteren bekannten Verlauf nimmt. Die Insertionsstelle des Musculus cricothyreoideus posticus ist eine Linie von dem, an dem vorderen Rande des unteren Horns befindlichen Insertionspunct des vorderen Ringschildknorpelmuskels entfernt. Anderthalb Linien unterhalb und seitlich des Musculus cricothyreoideus posticus befindet sich die Insertion des von dem hinteren Theil der Seitenfläche des Ringes des Ringknorpels kommenden Musculus cricopharyngeus (2). Der Musculus cricothyreoideus posticus selbst ist von seinem Ursprung an $3^1/_2$ Linien und darüber lang, vollkommen rundlich und in seinem ganzen Verlaufe und an seinem Ursprungs- sowohl als Insertionspunct $1^1/_2$ Linien dick.

Was die Wirkung dieses Muskels betrifft, so muss man ihn nach seiner Ursprungs-, Verlaufs- und Insertionsweise als einen schwachen Antagonisten des Musculus cricothyreoideus anticus ansehe, indem er das untere Horn des Schildknorpels und vermöge dessen die ganze Platte desselben nach hinten und zugleich nach ab- und einwärts zieht.

Ich suchte noch an dem nemlichen Tage, an welchem mir der Fund dieses neuen Muskels durch Herrn Professor Bochdalek bekannt gegeben war, denselben nach, und war so glücklich, an der ersten Leiche, die ich vornahm, den Muskel an der linken Seite schön entwickelt darstellen zu können, worauf ich die angefügte Zeichnung nach diesem Präparate anfertigen liess. Eine weitere Nachforschung an 20 Leichen (14 weibliche und 6 männliche) belehrten mich, dass der M. cricothyreoideus posticus 5 Mal vorkam und zwar 3 Mal links, 1 Mal rechts an weiblichen Individuen und 1 Mal auf beiden Seiten in einem männlichen Kehlkopf und zwar in sehr kräftig entwickelter Form.

Patruban.

Abbildung

eines Kehlkopfes aus der Leiche einer 40 jährigen Frau.

Kehlkopfgerüst.

A. Ringknorpel.

B. Schildknorpel.

C. Giessbeckenknorpel.

D. Kehldeckel.

E. Zungenbeinhorn.

F. Luftröhre.



Muskulatur.

1. 1′ Die hinteren Ringgiessbeckenmuskeln.
2. Ringschlundkopfmuskel.
3. Schiefe Giessbeckenmuskeln.
4. Hinterer Ringschildknorpelmuskel (nur an der linken Seite vorhanden).
5. Seitliches Ringschildknorpelband.
6. Unterer Kehlkopfnerv,
7. dessen innerer,
8. » oberer Ast.

Zur Laryngoskopie.

Von Dr. **Carl Störk**, k. k. Secundararzte im allgem. Krankenhause in Wien.

(Schluss.)

Die Untersuchung des Kehlkopfinnenraumes geschieht auf dieselbe Weise, wie die des Zungengrundes; nur muss man, entsprechend der mehr nach rückwärts fallenden Lage des Kehlkopfes, auch ebenso mit dem Spiegel nach rückwärts gehen. Um dem Kehlkopfe nahezu gegenüber zu stehen, muss die Spiegelfläche mehr zum Lothe geneigt werden, es entsteht also aus dem stumpfen Winkel ein rechter. — Nur meine man ja nicht, dass ich jedesmal den Spiegel herausnehme, um ihn in den angegebenen Winkel zu beugen; dies kann ganz gut durch das Heben und Senken des Stieles bewerkstelliget werden. Das Beugen des Spiegels in einen entsprechenden Winkel zum Stiele braucht nur der Anfänger, und auch nur für so lange Zeit, bis er die auszuführenden Bewegungen mit dem Spiegel präcise zu machen im Stande ist. Denn, sobald er es dahin gebracht hat, keine unnützen Excursionen zur Er-

zielung einer kleinen Lageveränderung zu machen, ergibt sich ihm von selbst die Regel der Spiegelstellung für die Beschauung jedes beliebigen Gebildes im Rachen- und Kehlkopfraume.

Durch Herrn Primarius Türck aufgefordert, mache ich die Leser aufmerksam, dass das Einführen des Spiegels am Mundwinkel, das schiefe Stellen des Spiegels, das Stützen der Hand am Unterkiefer des Kranken u. s. w. schon von dem Herrn Dr. Türck in seiner Abhandlung angegeben wurde.

Eine detaillirte Untersuchungsmethode für jedes Gebilde anzugeben, ist verschwendete Mühe; statt all dessen lerne jeder Arzt nur mit dem Spiegel ruhig stehen, das Uebrige erlernt der Untersuchende in der allerkürzesten Zeit. Sobald er sich nämlich gut zu orientieren weiss, über das was er eben sieht, wird er bald es erlernen, das nächst gelegene Gebilde durch eine sehr geringe Wendung der Spiegelfläche zu Gesichte zu bekommen. Dabei ist aber die Hauptsache, die Richtung der Strahlen, wie sie auf den Kehlkopfspiegel auffallen. Wenn sich der Untersuchende stets die Gesetze der Reflexion der Strahlen auf Planspiegel vor Augen halten will, so kann er auch natürlich a priori immer wissen, wie weit er die Untersuchungsspiegel wenden und drehen darf, und dies genügt; denn hier handelt es sich nicht um mathematische Feststellung der Richtungen, sondern um Untersuchung eines Kranken, und um das Halten eines Instrumentes in einer oft intoleranten Höhle; ich erwähne dies deshalb, damit ich vor dem, mich leicht treffenden Vorwurf sicher stehe, als hätte ich die Sache nicht gründlich und wissenschaftlich genug behandelt. Ich würde die Sache gewiss umständlicher erörtern können, ohne jedoch den Zweck zu erreichen, den ich vor Augen habe. Es möge sich jeder Arzt überzeugen, dass er nach einer, nur durch einige Stunden geübten Untersuchung, und, wenn er gar nichts anderes erlernte, als mit dem Spiegel ruhig ein- und auszugehen und denselben am Zäpfchen ruhig zu halten, die Schwierigkeiten überwunden hat. Die indolentesten Individuen zu diesem Zwecke sind alte Branntweintrinker; für solche ist kein Spiegel zu gross und selbst das unzweckmässigere Einführen wenig reizend.

Die allererste Bedingung zum Sehen und Untersuchen ist das gehörige Licht; von der Stärke und Richtung desselben hängt die Untersuchung am allermeisten ab. Herrn Professor Czermak gebührt das Verdienst, zuerst künstliches Licht erspriesslich angewendet und empfohlen zu haben. Die von ihm gehandhabte Beleuchtung ist das, durch einen kleinen Hohlspiegel concentrirte Lampenlicht. Diese Beleuchtungmethode acceptirte in jüngster Zeit auch Herr Primar Türck, welcher bis jetzt nur im Sonnenlichte untersuchte; nun aber hat er Czermak's Spiegel derart modificirt, dass er, statt einfach durch den, entweder als Brille aufgesetzten oder mit dem Stiele im Munde gehaltenen Hohlspiegel durchzuschauen, sich seinen Hohlspiegel an ein Geräth anschraubt und durch das dahinter befindliche kleine Fernrohr, welches auf den mittleren nicht mit Amalgam belegten Spiegeltheil gerichtet ist, hindurch in den Kehlkopfspiegel schaut. Das ganze Instrument ist insofern complicirt, als es eine Menge von Charnieren und Schrauben besitzt, um das Stativ in verschiedene Stellungen zu wenden. Wenn sich der Leser das Ganze, als bei der Untersuchung im Gebrauch stehend, vorstellt, so kömmt Folgendes heraus: Hinter dem Kranken steht eine Lampe, vor dem Kranken (unmittelbar vor seinem Gesichte) befindet sich der ungefähr 4 Zoll Durchmesser haltende Hohlspiegel, der $9\frac{1}{2}$ Zoll Brennweite hat. In der Hälfte dieser Distanz kommt der Spiegel, also vor dem Gesichte des Kranken, zu stehen, und hinter diesem Spiegel ist das Gesicht des Beobachters versteckt, der mit dem einen Auge entweder unmittelbar, oder vermittels des kleinen Fernrohres durch die von Belege entblösste Oeffnung des Reflectors schaut. Durch das Hindurschschauen ist der Kopf des Untersuchers fixirt, denn durch die geringste Bewegung seines Kopfes verliert er die Einsicht in den Rachen, ferner umgreifen seine beiden Hände den Spiegel; die eine hält den Spiegel, die andere den Kopf, oder wenn dieser fixirt ist (was doch sein könnte), so bleibt die zweite Hand zu einer vorzunehmenden Operation frei. Wer wird, in dieser Art, es wagen, mit einem scharfen Instrumente oder mit einem Aetzmittelträger in den Rachen oder Kehlkopfraume einzugehen? — Kann denn der Hohlspiegel, wenn durchaus eben ein Hohlspiegel zur Beleuchtung dienen sollte, nicht hinter dem Rücken des Beobachters stehen? wie ich dies in der Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte (1859, Nr. 6) bei Gelegenheit der Erwähnung meines Beleuchtungsapparates anführte. Auch ich arbeitete in der früheren Zeit mit Hohlspiegeln, aber vor mein Antlitz stellte ich mir keinen; seitdem ich mir aber den, hoffentlich bald überall in Gebrauch kommenden billigen und einfachen Beleuchtungsapparat construirte, arbeite ich nur bei solcher Beleuchtung. Auf einem Tische, 1—2 Schritte von mir entfernt, steht nämlich eine auf einer auf- und abschraubbaren Leiste aufgehängte grosse Glaskugel, mit Wasser gefüllt; hinter derselben eine Lampe; diese gibt nun ein so grelles Licht, und in solch grossem Umfange, dass es, ganz dem Sonnenlichte gleich, verwendet werden kann. Ich sitze, mit dem Rücken gegen meinen Beleuchtungsapparat gekehrt, vor dem zu untersuchenden Kranken, der also der Lichtquelle gerade gegenüber sich befindet; dem Kranken sitze ich stets an der entgegengesetzte Seite, von welcher aus ich den Spiegel einführe. Der Schatten meines Kopfes fällt zur Seite, und zwischen meine beiden beschäftigten Hände fällt das Licht in den Rachenraum, ohne auch nur den geringsten Abbruch zu erleiden. Da man es durch meinen, so leicht verschiebbaren, Apparat in die Hand gegeben hat, Bilder von jedem Theile des Kehlkopfes zu erhalten, ohne viel den Spiegel im Rachenraume zu bewegen, so empfehle ich zur Gewinnung der detaillen Bilder vom Kehlkopf noch nachstehendes:

Stellt man die Lampe, noch innerhalb des Brennpunctes der Glaskugel nach der rechten Seite, so wendet sich natürlich die Strahlengarbe nach links und so umgekehrt; stelle ich den Spiegel so ein, dass er nahezu horizontal über dem Kehlkopfe steht, so muss ich zur Beleuchtung die Kugel nach aufwärts schrauben, so dass das Licht die Richtung von unten nach aufwärts bekömmt, und diese letztere Stellung ist es, wo man am allertiefsten in die Trachea hinabschauen kann. — Die frühere Einstellung des Leuchtapparates dient dazu, um einzelne Theile des Kehlkopfes anzuschauen. Ist der Spiegel gross genug, so sieht man auf einmal, oder besser bemerkt, neben einander, von oben nach abwärts schauend, Folgendes: 1. Einen Theil des Kehldeckels, nemlich den seitlichen Rand und ein Stück innerer Fläche, weiter nach rückwärts, 2. eine, gewöhnlich schwach injicirte, weiss-röthliche Membran, welche die seitliche Begrän-

zung des Kehlkopfes bildet. Es ist dies das Ligament. epiglottideo-arytaenoideum, das, wie sein Name sagt, Kehldeckel und Giessbeckenknorpel verbindet und an welchem diejenige Muskulatur verlauft, welche den Kehldeckel, wie mit einem Zügel, zu beiden Seiten niederdrücken kann. Nun folgt weiter, nach ab- und einwärts 3. die scheinbare obere Umgränzung des Kehlkopfeinganges, ein die ganze Länge desselben einnehmender blass-röthlicher Wulst, der durch eine Linie von dem, unter ihm liegenden, schon durch seine zuckenden Bewegungen, deutlich auffallenden wahren Stimmbande sich abgränzt. 4. Das wahre Stimmband fällt leicht auf, durch seine weisse Farbe und durch das Zusammenschlagen, von dem es genügt, es einmal gesehen zu haben. Was nun Viele bei der Untersuchung frappirt, ist, den Ventriculus Morgagni nicht sehen zu können. Er ist auch nicht sichtbar; die obangedeutete Linie zwischen wahrem und falschem Stimmbande deutet den Aditus zum Morgagnischen Ventrikel an.

In einer und derselben Stellung, sieht man 5. den, nach rückwärts gelegenen Arytaenoidknorpel, der als kleiner Wulst auffällt und in seiner Färbung durch seinen Schleimhautüberzug nicht merklich absticht, sondern mehr durch seine auffallenden Bewegungen. Man sieht das Schliessen der Glottis als Resultat seiner Bewegung an. Der Knorpel selbst macht weniger Locomotion; sein vorderer innerer Theil (der Proc. vocalis) dreht sich dagegen dem gegenüber stehenden gleichen Gebilde zu. Natürlich gilt dieses alles auch für die Gewinnung des Bildes der linken Hälfte des Kehlkopfes.

Auch den Beleuchtungsapparat des Herrn Lewis in Berlin versuchte ich. Er reducirt sich auf die Anwendung von Hohlspiegeln nach Herrn Prof. Czermak. Dass er das Lampenlicht in einen Kasten stellt, der vorne eine in eine Röhre gefasste Sammellinse trägt und das hieduch gewonnene Licht erst auf einen Hohlspiegel wirft und von hier erst auf seinen losdotischen Spiegel in den Rachen, ändert an der Sache nichts.

Um auf die Untersuchung wieder zurückzukehren, muss bemerkt werden, dass dieses Beschauen der ganzen Epiglottis, oder noch tiefer hinab, des Kehlkopfraumes dadurch oft gehindert wird, dass der Kehldeckel stark gesenkt ist, und zwar meist bei entzündlicher Erkrankung der Kehlkopfschleimhaut. In den Fällen von katarrhalischer Affection der Kehlkopfschleimhaut ist der Schleimhautüberzug des Kehldeckels immer mit afficirt. Dies ist ein so constanter Begleiter, dass man aus dem Aussehen des Kehldeckels schon auf die Veränderungen im Innenraume des Kehlkopfes schliessen kann; jedenfalls ein viel sichereres Zeichen, als jene von Herrn Prof. Friedreich angegebenen Erscheinung dass die Schleimhaut des Rachenraumes und die hier statthabenden Veränderungen, die im Kehlkopfe sitzenden, krankhaften Veränderungen anzeigen. Weit entfernt, dies zu bestätigen, kann ich jetzt nur in Kürze anführen, dass die den Rachenraum treffenden entzündlichen Erkrankungen ganz selbstständig auftreten, wenigstens deutlich begränzt für einige Zeit, so dass man oft bei einer hochgradigen Röthung und Schwellung des Gaumenbogens der hinteren Rachenwand etc., den Kehldeckel und die Kehlkopfschleimhaut ganz normal gefärbt findet. Einen noch deutlicheren Beweis bin ich in der Lage zu geben durch ein Beispiel. Eine Kranke, die ich schon zu wiederholten Malen untersuchte, bekam eine heftige Angina mit Schlingbeschwerden; um zu eruiren, wie weit sich die Entzündung hinab erstrecke, untersuchte ich sie wieder. Da waren alle Rachengebilde, mit Ausnahme der Zunge, deren Grund und die Anheftfalten (zwischen Zunge und Kehldeckel) geröthet, besonders die hintere Wand des Rachens stark injicirt, die Gaumenbögen und Uvula geschwellt, geröthet. Das Schlingen eines Bissens machte ihr Schmerz, ebenso das Berühren dieser Theile. Nun liess ich ihr die Zunge halten und liess sie Schlingbewegungen machen, wie ich es sie früher oft versuchen liess, nämlich Schlingen, ohne die Zunge ganz zurückzuziehen. Bei diesem Experimente beginnen wohl alle Rachengebilde auf einmal sich nach der Medianlinie des Larynx zusammenzuschieben; da aber die Zunge fixirt ist, so bleibt es bei dem blossen Versuche, nur der Kehldeckel allein führt seine ganze intonirte Bewegung aus; bei dieser Gelegenheit sieht man es nun deutlich, dass er hinabgezogen und nicht hinabgedrückt wird. — Beim Schweine, wo der Kehldeckel so ein mächtiger Schirm dem Kehlkopfe ist, ist ersterer an letzterem nur zu beiden Seiten strammer angeheftet, in der Mitte und nach vorne ist eine so laxe, breite Schleimhaut, dass sie dem Kehldeckel erlaubt, sich ganz über den Kehlkopf hinauszuschieben, so dass der Kehldeckel des Schweines beim Schlingen den verschluckten Bissen weit in die Speiseröhre mit geleitet.

Diese kleine Abweichung war zur Beweisführung dessen, dass der Kehldeckel selbstständig sich bewegt und bewegt wird, nothwendig. Ist nun der Kehldeckel bei Entzündungen so stark gesenkt oder hinabgezogen, dass man unmöglich in den Kehlkopfraum hinabsehen kann, muss man dem Kranken oft das ae aussprechen lassen oder bei gehaltener Zunge den Versuch machen, i zu sprechen. Oft gelangt man zum Ziele, wenn man so leise als möglich die verlangten Laute ertönen lässt. Da ich es bisher noch nicht genau angeben kann, welches zum Senken des Kehldeckels die veranlassende Ursache ist, ob eine spasmodische Zusammenziehung der in dem Ligamentum ary-epiglotticum gelegenen Muskeln, oder ob es durch die Relaxation des Zungen-Kehldeckelbandes bedingt ist, hebe ich für die Mehrzahl der Fälle, wo man trotz der Senkung nach einiger Zeit recht gut hineinsehen kann, als Ursache der Senkung das Geschwelltsein und daher die Schwere des Kehldeckels hervor. Es ist wahrscheinlich dieses mechanische Moment genügend zur Erklärung für einzelne Fälle. Nun gibt es aber ausser den genannten noch Fälle, wo trotz aller Uebung, nach allem bei entsprechenden Hervorstrecken der Zunge, nichts gewonnen wird, der Kehldeckel bleibt nämlich gesenkt. Für diese Fälle empfehle ich folgendes Verfahren anzuwenden: Man geht mit dem Zeigefinger, der die entsprechende Krümmung der Zunge annimmt, ganz langsam, aber entschieden in den Rachenraum ein; an die tiefste Stelle angekommen, berührt die Nagelfläche des Fingers die hintere Rachenwand; zur selben Zeit fühlt der Finger an seiner vorderen Fläche einen resistenten, kantigen, beweglichen Körper, dies ist der mit seinem oberen Rande bis an die hintere Rachenfläche gesenkte Kehldeckel; nun erst krümmt sich der Finger hackenförmig, und hebt hiedurch den Kehldeckel nach aufwärts. Früher werde aber der Spiegel an seinem vorgezeichneten Platze am Zäpfchen fixirt. Ich führe diese Procedur aus, wenn ich auch die Stimmbänder ganz deutlich sehe, und es sich auch darum handelt, beide Seiten des Kehldeckels gut zu sehen. Für die vordere Fläche genügt schon der oben angegebene gehinderte Schlingversuch.

In der in jüngster Zeit von Herrn Professor Czermak herausgegebenen Broschüre: über Laryngoskopie empfiehlt er, man möge es auch versuchen, durch die Elektricität die Rachen- und Kehlkopfmuskeln in jene Stellung und zu solchen Zusammenziehungen zu zwingen, wie wir sie eben brauchen. Dieser sehr sinnreich ausgedachte Vorschlag scheint mir jedoch, nach der im Jahre 1858 an einem mit einer Lähmung einzelner Kehlkopfmuskeln behafteten Mädchen von mir gemachten Erfahrung, unausführbar. Denn es gelang mir eben so wenig, wie Duchenne, die Muskulatur des Kehlkopfes von innen her zu faradisiren. Auch finde ich in Duchenne's ausführlichem Werke nur einen einzigen Fall citirt, wo durch die methodische Anwendung der Elektricität eine hartnäckige Heiserkeit gehoben wurde. Ich beschränke mich daher auch nur auf die Anwendung der inducirten Ströme von aussen her.

Die Untersuchung des Kehlkopfes mittels der Finger war mir nicht neu, ich hörte schon früher, Herr Prof. Oppolzer habe Glottisoedeme durch die digitale Untersuchung constatirt und erst im verflossenen Schuljahre befand sich ein Kranker auf der Klinik mit Epithelioma Laryngis; die Diagnose wurde vom Herrn Prof. Oppolzer durch die Palpation früher gemacht. Nachträglich ward ich aufgefordert, den Kranken mit dem Kehlkopfspiegel zu untersuchen und fand das oben bezeichnete Leiden. Weder bei Erwachsenen, noch bei Kindern erfolgt Erbrechen, wenn man den Finger tief in den Rachen einführt.

Bei zwei mit Croup behafteten Kindern, wo es schon zur Exsudation gekommen war, hörte ich deutlich das Klappen der Exsudatlamellen im Kehlkopfe beim Husten oder raschem Inspirium; da das eine Kind an Diarrhoe litt, wollte ich zum Gebrauch des Tart. stibiat., trotz der dringenden Anzeige, nicht schreiten; den Brechact mechanisch einzuleiten, wurde lange fruchtlos mit dem Finger versucht, bis ich mich einer zarten Feder zum Reitzen des Rachens bediente. Nachdem ich aus langer Uebung ersah, dass es sich mit dem Berühren des Kehldeckels so leicht verhält, übte ich meinen Tastsinn theils an Lebenden, theils an Präparaten. Die Erfahrung, die ich daraus schöpfte, ist folgende: die vordere Fläche des Kehldeckels ist durchaus nicht reizbar, man kann mit einem Instrumente, wie ich mich dessen bediene, ganz bequem, ohne sehr behutsam zu sein, den Kehldeckel niederdrücken. — Etwas anderes ist es mit dem Aufheben des gesunkenen Kehldeckels; hier muss man sicher und ruhig zu Werke gehen. Das Instrument ist einfach, ein etwas stärker gekrümmter Catheter, der jedoch jedesmal leicht erwärmt werden muss; ich wunderte mich beim erstmaligen Anwenden dieses Catheters, von Kranken Reactionen zu sehen, obwohl ich den Kehldeckel einige Minuten früher mit dem Finger ohne die geringste Störung auf und nieder drückte. Ich dachte aber bald darauf, dem abzuhelfen und fand, dass es die Kälte der metallenen Instrumente war. Ich gieng noch weiter und führte meinen Catheter in den Kehtkopf, um durch diesen respiriren zu lassen; die Versuche sind noch nicht beendet, ich werde sie seiner Zeit mittheilen. Da ich also eingesehen habe, dass es die Homogenität der Gebilde ist, welche diese Toleranz selbst in der Glottis bedingen (denn es liegen oft beträchtliche Stücke von Bindegewebs-Neubildungen in der Stimmritze eingeklemmt, ohne Brechreiz hervorzurufen), so machte ich Versuche mit gewärmten Cathetern, die mit einer Schleim-Membram (Darm) überzogen sind. Diese, vollkommen warm und schlüpfrig sich anfühlenden Catheter werden mich hoffentlich nach etwas grösserer Uebung bald zum Ziele führen.

Da es manchmal auch Noth thut, den Kehldeckel zu halten, so liess ich mir eine gewöhnliche Kornzange anfertigen, die aber nicht nach der Fläche, sondern nach der Kante gekrümmt wurde, und damit die untere Branche beim Oeffnen nicht so weit sich öffne, wie dies nothwendiger Weise bei zwei so ungleich langen, gekrümmten Hebelarmen geschehen muss, liess ich die eine Branche noch charniren, so dass also eine Branche doppelt angelt. Das Ganze kann sich der Leser dadurch versinnlichen, wenn er eine gekrümmte Zahnzange ansieht, wo immer der untere Ast um vieles kleiner und kürzer ist, als der überworfene obere. An den Fangblättern meiner Kornzange sind an beiden Enden zwei Löcher angebracht, um einen Leinwandlappen daran zu nähen, denn erstens wäre das Eisen doch zu rauh, besonders für die untere Kehldeckelfläche, zweitens gleitet von den mit Leinwand umwickelten Branchen der Kehldeckel sicherlich weniger ab, als vom blanken Metall. Ich erwähne alle diese Versuche in Kürze, um dem Praktiker zu zeigen, dass es sich der Mühe lohnt, die Kehlkopfsuntersuchung eifrig zu betreiben.

Andere Behelfe zur zweckmässigen Untersuchung der einzelnen Kehlkopftheile hat Primarius Dr. Türck in der Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte (1859, Nr. 8) angegeben. Er räth, man möge sich den Kehlkopf des zu Untersuchenden von einem Gehilfen n bestimmten Stellungen zur Gewinnung deutlicher Bilder festhalten lassen. Ich habe es bisher nie nöthig gehabt, diese Procedur vorzunehmen, und habe sie daher auch nicht geübt; was ich davon weiss, leite ich von den Versuchen her, die ich zu dem Zwecke der Erprobung angestellt habe. Bei Männern, die einen stark prominirenden Kehlkopf hatten, gelang es wohl jedesmal, auf kleine Distanzen die Verschiebung vorzunehmen; die Bilder, die ich hiedurch gewann, waren jedoch kaum um ein merkliches deutlicher, als ich sie gewöhnlich erhielt. Das unliebsame aber, das mir daraus erwuchs, war das, dass ich die Untersuchung bald aufgeben musste, weil die Kranken selbe durchaus nicht ertragen konnten, und noch lange nachher über Schmerz am Kehlkopfe klagten, und sich auch nicht mehr zu einer wiederholten Untersuchung entschlossen. Bei Weibern misslang der Versuch vollkommen. Der zweite Behelf, den der Herr Primar. Türck in jüngster Zeit (letzte Nummer der k. k. Gesellschaft der Aerzte) angab, ist, die Zunge vermittels einer eisernen Zange zu halten. Ich sah nur bisher die Zeichnung davon, würde aber kaum einem Kranken rathen, sich ein solches Instrument in die Mundhöhle einführen zu lassen. Dass es durchaus nicht nöthig ist, die Zunge mit Kraftanstrengung niederzudrücken, haben mir alle meine Untersuchungen bisher gezeigt; wenn ich dem Kranken, wie oben angegeben, die Zunge selbst halten liess, kam es mir gar nie vor, dass der Kranke dauernd den Zungengrund aufgethürmt hätte. Es erübrigt noch, Einiges dem Anfänger über das manuelle und über die Cautelen bei der Kehlkopfsuntersuchung mitzutheilen.

Dass man den Spiegel in heisses Wasser tauche, damit er sich durch die ausgeathmete Luft nicht beschlage, ist bekannt; nur ist noch zu empfehlen, wenn eben nicht heisses Wasser bei der Hand ist, dass man den Spiegel an einer Spiritusflamme erwärme, was eben so bequem, wie ersteres

ist, da diese Flamme nicht russt; oder wenn man beides nicht bei der Hand hat, nehme man jede beliebige Kerzen- oder Lampenflamme zur Erwärmung, vorausgesetzt, dass die Flamme ruhig brennt. Man hält den Spiegel seitlich, so dass die ganze Spiegelfläche auf einmal erwärmt wird, ohne jedoch von der Flamme berührt zu werden, denn sonst wird das Amalgam am Spiegelrücken zum Schmelzen gebracht, in toto, oder es zerrinnt an einzelnen Stellen. Um den Spiegel recht lange warm zu erhalten, liess ich zwischen die Metallfläche und die Spiegelfläche eine ganze Schichte Fensterkitt legen, also den möglichst schlechtesten Wärmeleiter; hierdurch ist noch der Vortheil gewonnen, dass bei diesen in die Ränder und Fugen, wie dies bei allen anderen Spiegeln nach längerer Zeit geschieht, durchaus kein Wasser unter die Spiegelflächen dringen kann.

Um dem Neuling jede Verlegenheit zu ersparen, mache ich auf das unliebsame Zurückführen des Spiegels aufmerksam. Gesetzt den Fall, der Kranke erträgt die Untersuchung gut. Nun kömmt ein Moment, wo er würgt; in diesem Momente hat auch der ruhigste und besonnenste Kranke nicht Fassung und Ruhe genug, den Arzt durch ein Zeichen zu ersuchen, er möge den Spiegel entfernen, sondern alle reissen gewaltsam und mit Hast den Kopf zurück oder nach der Seite. Auch auf dies muss der Arzt gefasst sein, er muss sich eigens darauf einüben, geschickt mit dem Kehlkopfspiegel zu retiriren. — Es geschieht hier meistens durch einen geraden, nach abwärts gerichteten Zug der Hand.

Nicht ganz so einfach geschieht dies mit meinen übrigen Instrumenten, denn diese haben alle eine ziemlich starke Krümmung nach vorne, entsprechend dem Bogen, den die Zunge von ihrer Basis bis zur Spitze beschreibt. Dass man mit diesen gekrümmten Instrumenten nicht gerade aus in den Mund gehen kann, sieht wohl jeder ein, der den anatomischen Bau dieser Gebilde berücksichtiget. Man hat also beim Eingehen auf zwei Dinge zu achten: es werde kein Gebilde überflüssig berührt, und zweitens, man geht im Bogen ein und aus, ersteres ist leicht, letzteres schwer, weil es im Nu zu geschehen hat; würgt der Kranke und der Arzt will gerade aus das Instrument aus dem Rachen ziehen, so ergibt sich ganz einfach als Hinderniss, dass er am Zungenrande hängen bleibt. Es sei dies ein Aetzmittelträger oder ein geschärftes Instrument, welche Nachtheile erwüchsen aus einer solchen Unvorsichtigkeit, und ist es nur der Spiegel, so kann durch das Zerbrechen desselben im Munde schon Unheil genug angerichtet werden. Zur Untersuchung, ob der Spiegel nicht zu warm sei, nehme man nicht den Handteller, denn dieser trügt oft. Geht der Arzt mit was immer für welchem Instrumente ein, so sehe er genau auf dessen Integrität. Wäre eine Stelle im Rachen oder Kehlkopfraume zu ätzen, so habe man Acht, ob sich nicht irgend ein Theil des Höllensteins abbröckelt, oder, falls man mit dem Kali causticum operirt, ob selbes nicht trieft.

Schliesslich will ich noch erwähnen, dass es vortheilhaft sei, dass der Untersuchende den Kranken mehr zur Seite und höher sitze, wodurch eine leichtere Handhabung der Instrumente und eine vortheilhaftere Inspection durch das eine Auge des Beobachters erzielt wird.

Die aus einer nicht unbedeutenden Anzahl von Untersuchungen gewonnenen Einzelerfahrungen werde ich später mittheilen.

Mittheilungen.

A. Erfahrungen aus dem letzten Feldzuge.

Vom k. k. Regimentsarzte Dr. ***A. Michaelis*** in Krakau.

(Fortsetzung.)

In vielen Fällen, wo die Localverhältnisse mich drängten, habe ich in der Periode der Eiterung die Operation machen müssen und hege die feste Ueberzeugung, dass die grossen Trichter, die man unter derartigen Umständen anlegen muss, bei weitem kleiner geblieben wären, würde sogleich die Wunderweiterung vorgenommen worden sein. Bei dieser Nothoperation sind dann nebenbei manche Sinuositäten einzuschneiden, um die Wunden zu vereinfachen, welche in der Ausdehnung sich nicht heranbilden können, wenn der freie Abfluss der Secrete auf schiefer Ebene stattfindet und nach Reinigung der ursprünglichen Canalwand vom Wundgrunde aus, dem Vernarbungsprocess kein Hinderniss mehr im Wege steht.

Endlich müssen wir uns gegenwärtig halten, dass die Paresis der Umgebung des Schusscanals durch passive Hyperämie, wie bei allen Quetschwunden zur Paralyse, d. h. zum Brande gedeihen kann, und so wie die alten Wundärzte uns bereits gelehrt haben, dass die Scarificationen das beste Gegenmittel dagegen sind, so muss auch hier die primäre Wunderweiterung ihre günstigen Wirkungen äussern.

Die Wunden, welche die Projectile den Knochen beibringen, haben mit denen der Weichtheile der Form noch manches Gemeinsame, insofern man Streifschüsse, Zertrümmerung eines Theiles mit Erhaltung des Zusammenhangs in der Hauptachse und endlich Zerschmetterungen ganzer Knochen beobachtet; allein ihrer Wesenheit nach sind sie sehr verschieden und der Hauptunterschied, welcher sich darbietet, liegt in der bei weitem grösseren Erschütterung, welche die wenig elastischen Knochen erleiden.

Jeder Knochen, den ich beim Sondiren als rauh bezeichnete, dem nur das Periost entrissen war, so weit die Kugel ihn streifte, sequestrirte und zwar nicht etwa, wie das sonst bei oberflächlichen Knochenläsionen der Fall ist, durch Absandung oder Exfoliation feiner Blättchen, sondern in derben Stücken, meistens der Längenachse entsprechend. In den glücklichsten Fällen bleiben die Sequester dünn wie ein Kartenblatt; gewöhnlich sind sie jedoch stärker und bei zwei Verwundeten bildete sich Centralneurose aus.

Vor wenigen Tagen begegnete ich noch einem Beispiele für die Regel, dass gequetschte oder gestreifte Knochen stets sequestriren unter sonderbaren Verhältnissen. Ich wurde zum Lieutenant S. von Lichtenstein Infanterie gerufen, der in der Mitte des Oberschenkels einen geheilten, seit vier Monaten geschlossenen Schusscanal trug, welcher wieder aufbrach. Die Kugel, die man mir als Ursache der Verletzung zeigte, war eine etwas abgeplattete Dornstutzen-Kugel, welche den Knochen getroffen haben musste, da ihre Form verändert war. Ich behauptete daher, dass ein Knochenstück, dessen Abgang der Erzählung nach nicht erfolgt war, nunmehr abgehen werde. Wiewohl der Kranke durchaus behauptete, dass der Knochen nach ärztlicher Aussage nicht angegriffen sei und dass ihn die erhaltene Beinhaut bedecke, stiess die Sonde auf eine rauhe Stelle und ich zog nach Erweiterung der Wunde einen Sequester aus, welcher der oberflächlichen Nekrose entsprach und die Oberfläche der Kugel um das Doppelte übertraf.

Wie die Streifschüsse, so verhalten sich diejenigen, welche ein Stück vom Knochen abgerissen haben, ohne seine Achse zu zerbrechen, und man täuscht sich hie und da sehr, wenn man einen Knochen, resp. ein Glied erhalten zu können glaubt, wo nur eine derartige Verletzung vorhanden ist, denn auch hier geht die Schusswirkung weit über die getroffene Stelle hinaus. Am schlimmsten verhalten sich die totalen Brüche und zwar nicht bloss in Rücksicht auf die

direct sichtbare Zerstörung, sondern wiederum zugleich auf die Folgen der Erschütterung, welche über die Bruchenden hinaus sich geltend machen. Die Knochen sind härter als das Blei, welches sie trifft, denn die Kugel theilt sich an den scharfen Kanten zuweilen, als wäre sie mit dem Messer durchgeschnitten, und Knochenfragmente, selbst sehr dünn, spiessen sich durch die Bleimassen hindurch oder dringen hinein, als ob sie darin eingegossen wären. Ich fand hinter dem Schulterblatt eine Kugel, welche diesen Knochen zerschmettert hatte und bis in die Mitte des wenig abgeplatteten Bleikörpers waren die zackigen dünnen Knochenfragmente eingekeilt. Das Gerücht, welches man in der Armee zuweilen hörte, dass unsere Feinde sich durchschnittener und wieder zusammengebundener Spitzkugeln bedient hätten, reducirt sich einfach auf die eben mitgetheilten Befunde.

Bei einer solchen Widerstandsfähigkeit ist die Theilnahme der Molekuln derselben auf enorme Entfernungen hinaus begreiflich. Wir dürfen uns nicht wundern, wenn bei einer Schusswunde in der Mitte eines Röhrenknochens Spaltungen bis in die Epiphyse gehen und dass, falls derartige Zerreissungen auch fehlen, die Wirkung bis zur Epiphyse im Verlauf der Ostitis ersichtlich wird. Bei einem Schuss, der unterhalb der Gräte das Schienbein derartig streifte, dass ein oberflächliches Stück abriss und nur ein einfacher Sprung durch den Knochen lief, setzte sich die Entzündung in die Condylen und das Gelenk fort.

Die Schriftsteller, welche die Knochenwunden der früheren Kugeln beschreiben, kennen derartige Wirkungen auch; jedoch geht aus ihren Berichten hervor, dass sie seltener waren als wie wir sie heute finden, wo ausgebreitete Zerschmetterungen zur Regel geworden sind in allen Fällen, wo ein Röhrenknochen central getroffen wurde. Hier tritt der Unterschied zwischen den neuen und alten Waffen am grellsten hervor; hier sehen wir die entsetzliche Wirkung schwerer kegelförmiger Körper, die nicht immer mit der Spitze aufschlagen, sondern unter ungünstigen Auffallswinkel mit der Breitseite den Knochen zerschlagen, vielleicht sich im Momente des Schlages auf dem abgerundeten Vordertheil drehen und in der Ausdehnung eines Quadranten ihre Verheerungen anrichten. Breitgeschlagen durch den Aufschlag, zerschnitten durch die gebildeten Fragmente, fliegt die Kugel, noch hie und da in Stücke zerrissen, weiter und complicirt um so mehr die ohnehin schwerere Verletzung mit einer oder mehreren canalförmigen Wunden.

Bei einem Schuss durch den Kopf des Humerus, dessen Aufschlag im chirurgischen Halse lag, fand sich ein Theil der Kugel eingekeilt im Knochen, ein anderer hatte die Fossa supraspinata gekreuzt. Die Splitterung setzte sich durch den ganzen Kopf fort, nach unten schien diese nicht so sehr ausgedehnt zu sein, und ich entschloss mich zur Resection. Als ich den zertrümmerten Theil mit der Kettensäge entfernt hatte, fand ich, entsprechend der Längsaxe, Furchen, die keinen Zweifel übrig liessen, dass die Spaltung tief nach abwärts reichte, und ich gieng daher zur Exarticulation des Oberarms über. Bei Untersuchung des Knochens fand sich, dass er bis zum Ellbogengelenk gespalten war. Die Herren Regimentsärzte Haas, Poch und Campostrini theilten mein Erstaunen über die entsetzliche Kugelwirkung, welche einen Krochen nahe an dem einen Ende und noch dazu in der Nähe eines so freien nachgiebigen Gelenkes traf und ihn der Längsaxe nach spaltete. Wahrscheinlich war die Kugel in dem Moment ausgeschlagen, wo der Mann das Gewehr zum Abfeuern und damit den Oberarm fixirt hatte.

Die Wirkung der Miniékugeln in ihrem grössten Excesse lernte ich auch in der Diploe und zumal in platten Knochen kennen. Ein Soldat wurde knieend durch die Fusswurzel geschossen, die Eingangsöffnung führte auf das zertrümmerte Sprungbein, der Ausgang durch den Körper des Fersenbeines. Die Ferse hatte ihre normale Form und war nicht auffallend empfindlich. Durch die Sondirung des Schusscanales glaubte ich mich zu der Annahme berechtigt, dass der hintere Theil des Calcaneus gesund sei und schritt wegen zahlreicher Hohlgänge u. s. w. auf Wunsch des Kranken, der furchtbare Schmerzen litt, zur Pirogoff'schen Plastik. Als der Körper des Fersenbeines durchschnitten wurde, gelangte man in eine centrale Höhle dieses Knochens, angefüllt mit Trümmern und nur zusammengehalten durch die Rindensubstanz des Knochens, wie durch eine Kapsel. Man kann sich vorstellen, wie heftig die Erschütterung sein musste, welche grösstentheils die Diploe des Knochens zerklüftete, der nur an seinem Vordertheile getroffen war. Die Rinde des hinteren Stückes, welches im Lappen bleiben sollte, war übrigens nicht eingerissen, wie die nähere Untersuchung erwies, als ich zum Syme'schen Schnitt übergieng. Die Zertrümmerung der Diploe war nicht weniger unbedeutend in den Condylen des Schienbeines, welches ich bei Zerschmetterungen eines Kniegelenkes untersuchte; man hätte glauben sollen, sie wäre in der Reibschale zerschlagen, wenn man sie ausser Zusammenhang betrachtete. Diese Erscheinung hat die unheimliche Sage verbreitet, das der Feind explodirende Stoffe in der Höhlung des Projectiles anbringe.

Solche Erfahrungen im Zusammenhange mit früheren Ueberlieferungen und die Mittheilungen der Feldärzte, welche im J. 1848 die kämpfenden Armeen in Ungarn und Italien begleiteten, beweisen hinlänglich, dass die Wirkungen der neuen Feuerwaffen viel bedeutender sind als die der alten und der Unterschied in der direct grösseren Zerstörung nicht allein, sondern namentlich in Vermehrung der Erschütterung zu suchen ist. Die Sequestrirung, welche bei angeschossenen Knochen erfolgt, richtet sich niemals nach dem Zusammenhange mit der Beinhaut, sondern nach der Grenze der heftigsten Erschütterung.

Ist auch die Beinhaut erhalten und fest anliegend, so erholt sich ein Theil des Knochens, oft ein bedeutendes Stück, nicht wieder. Es stirbt ab und lässt sich erst jetzt von der Beinhaut entfernen. Wie weit die Sequestrirung gehen wird, ist nicht einmal annähernd zu bestimmen, und man unterschätzt deren Ausbreitung bei operativen Eingriffen sehr leicht. Bei Resectionen der Ellbogenröhre und des Schienbeines in der Diaphyse schnitt ich jedesmal im scheinbar gesunden Theile den Knochen durch; dennoch erfolgte immer eine Sequestrirung der Resectionsenden, und in einzelnen Fällen stiessen sich noch Stücke von 1 Zoll ab. Bei Besprechung der Resectionen in der Continuität werde ich nochmals darauf zurückkommen und mache schon hier darauf aufmerksam, dass die Detailanzeigen wegen dieser besonderen Verhältnisse schwer und oft gar nicht zu finden sind, für den kürzesten Weg gewiss nicht. (Fortsetzung folgt.)

B. Eingesendet aus Petersburg.

Zur Resection des Hüftgelenkes.

Von Dr. *Oscar Heyfelder*.

In Nr. 42 des vorigen Jahrganges Ihrer geschätzten Zeitschrift findet sich in dem Artikel: »Aus den Berichten der französischen Feldärzte über die Verwundeten auf dem Schlachtfelde« folgende Stelle, die aus Legouest's*) Bericht übertragen ist.

»O'leary machte die Resection des Kopfes des Schenkelknochens bei der Belagerung von Sebastopol sechsmal und erhielt in fünf Fällen einen glänzenden Erfolg«.

Es ist das dritte Mal, dass mir diese staunenswerthe Notiz in der Literatur begegnet; zuerst, wenn ich nicht irre, bei Giraldès, dann bei Legouest, jetzt in Ihrem Blatte. So arglos schreibt man

*) Archives général. de Med. Avril 1859.

wichtige Nachrichten nach, welche nur durch den Leichtsinn eines ersten Referenten oder Uebersetzers existiren. Das Factum, dass sechs primäre Resectionen nach Schussverletzung in der unteren Extremität und zwar in dem grössten Gelenk derselben, im Hüftgelenk, gemacht wurden mit 85 Procent glänzenden Erfolgen, ist im Vergleich mit allen bisherigen Erfahrungen so unerhört, dass man a priori berechtigt wäre, dasselbe zu beanständen oder es wenigstens zu verificiren, bevor man es nachspricht. Die Sache ist aber auch zu wichtig in ihren Consequenzen, als dass ich es nicht für meine Pflicht hielte, den Irrthum aufzuklären, ehe er weitere Fortschritte macht.

Nach Macleod's Mittheilungen über die in der Krimm Verletzten, wie sie sich in Med. times and gaz. 1856, 15. und 20. September, sowie in Americ. Journ. of the med. sc. 1857. Nr. LXV. S. 246—248 in extenso und in meinem Werk: Operationslehre und Statistik der Resectionen. Wien 1860, S. 82—83 im Auszuge finden, sind im Krimmkriege auf Seite der Engländer überhaupt nur sechs Resectionen des Hüftgelenks und zwar von Macleod, Blenkin, Crear, Hyde, O'Leary und Coombe gemacht worden. Fünf starben; einer, und zwar von O'Leary's Operirten genas. Das Resultat ist also in allen Stücken entgegengesetzt der Notiz von Legouest, dafür aber um so mehr in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen, welche bisher in Bezug auf Operationen nach Schussverletzung, so wie in Bezug auf Resectionen an den unteren Extremitäten, gemacht worden sind.

Indem ich der Berichtigung des geehrten Herrn Einsenders gerne diese Spalten öffnete, weil sie aufklärt, bedauere ich, dass man einem sonst so gut klingenden Namen, wie ihn L. trägt, nicht unbedingt Glauben schenken durfte. Ich muss hier ausdrücklich bemerken, dass ich sowohl in dem der Nr. 42 angehörenden Bericht, als auch in einem späteren (Nr. 50, p. 835) eigens auf die Unsicherheit in der Vollführung von Resectionen auf dem Schlachtfelde und in den Ambulancen hingewiesen habe, da mir diese Umstände aus eigener Erfahrung bekannt sind. Uebrigens hoffe ich, in Kurzem Mittheilungen über die Resection im Hüftgelenke nach Schussverletzungen geben zu können, welche ein wirklich merkwürdig günstiges Resultat zeigen. Patruban.

Hautkrankheiten. Von Prof. Dr. F. v. Bärensprung, dirigirendem Arzte an der Charité zu Berlin. Erste Lieferung. Erlangen bei Ferd. Enke 1859.

Besprochen von Dr. *H. Zeissl*, Docenten an der k. k. Universität zu Wien. (Fortsetzung.)

Den uns vorliegenden ersten Theil eröffnet der Verf. mit einem geschichtlichen Ueberblicke der dermatologischen Literatur, und beginnt mit der in den heiligen Büchern des alten Testamentes enthaltenen Schilderung des Zaraath, Nethek, Bachereth und Nega. Verfasser schöpft aus dieser Schilderung die Ueberzeugung, dass die eben angeführten Namen verschiedene Formen desselben Aussatzes waren, welcher im Mittelalter herrschte, und den wir noch heut zu Tage kennen (?). Was die Identität des Zaraath mit der Lepra des Mittelalters und der Lepra unserer Zeit, der Elephantiasis Graecorum betrifft, sei uns die Bemerkung gestattet, dass wir zu wiederholten Malen im Levit. Cap. XIII und XIV über den Aussatz der Menschen, der Kleider und Häuser gelesen; wir konnten aber weder da, noch in der besten Verdollmetschung der betreffenden Commentatoren zu einer diagnostischen Einsicht, und noch weniger zu einer Wiedererkennung des proteusartigen Aussatzes der Hebräer in der Lepra Norvegica gelangen. Heilte doch der Zaraath wie es scheint, durch blosse Reinlichkeitsmassregeln. Bei Besprechung der griechischen Literatur hebt Herr Verf. höchst interessante, den damaligen Standpunct der Dermatologie kennzeichnende Stellen hervor; so führt er aus der, dem Polybus zugeschriebenen Buche »de natura pueri« einige Bemerkungen an, die deutlich darthun, dass die Beschaffenheit des Hautorganes zu jener Zeit, also vor 2000 Jahren, ziemlich bekannt war. Dort heisst es nämlich: »e cutis cicatricibus pilos non prodire« und in dem Werke »de carnibus, glaudulis et ossibus« findet sich die merkwürdige Stelle »ubi uliginosae corporis partes, ibi etiam glaudulae sunt. Quod hoc indicis constat, quoniam, ubi glaudulae, ibi etiam sunt pili« etc. etc.

Aus den beiden Hauptwerken der indischen Medicin der Charaka und Sushruta, welche nach dem Urtheile der Philologen zwischen dem fünften und neunten Jahrhundert nach Christum entstanden sein sollen, hebt der Verfasser mehrere Hautleiden hervor, welche daselbst erwähnt werden, als: das Ausfallen der Haare, das kleienförmige Abschilfern der Kopfhaut, den nässenden Kopfgrind, eine Krankheit des Gesichtes, die Aehnlichkeit mit einer Feige hat, ein Geschwür, welches die Nase zerstört, den Nesselausschlag, die wandernde Blatterrose, die Finnen im Gesicht, welche besonders zur Zeit der Pubertät häufig entstehen etc. etc. Von dem Aussatze werden zwei Arten, Namens Bata-racta und Kushta, beschrieben, in welch ersterer Verfasser die Lepra anaosthetica und in letzterer die tuberculöse Form deutlich zu erkennen glaubt. Auch die Elephantiasis Arabum wird unter dem Namen Shlipada beschrieben, welche Benennung von den Arabern mit dem Namen Dalfil, d. h. »der Elephant«, wiedergegeben wird. In den bezeichneten indischen Werken werden zwar, sagt Verf., Ausflüsse und Geschwüre an den Geschlechtstheilen und Bubonen erwähnt, aber nirgends finde sich ein Zusammenhang dieser örtlichen Affecte mit nachfolgenden constitutionellen Störungen angedeutet.

Die arabischen Aerzte betreffend, ist Herr Verf. der Ueberzeugung, dass Avenzoar wirklich die wahrhaftige Krätzmilbe gekannt habe. Die Geschichte der mittelalterlichen Literatur, welche sich bekanntermassen vorzüglich mit der Schilderung des Aussatzes und der Syphilis befasste, sowie die der Neuzeit, ist in bündiger, übersichtlicher Kürze auseinander gesetzt, und führt uns so in die Mitte unserer zeitgenössischen Träger unserer Disciplin.

Den Abschnitt der Morphologie beginnt der Verf. mit den Innervationsstörungen der Haut und theilt diese in Sensibilitäts-, Motilitäts- und trophische Störungen.

Das Hautjucken, behauptet Verf. S. 37, beruht auch dann, wenn es scheinbar ohne Eruption besteht, immer auf materiellen Veränderungen im Papillarkörper, gibt jedoch nicht näher an, welcher Art diese Varänderungen sind. Mit dem Jucken dürfe man aber nicht das Gefühl des Kriebelns und der Formication verwechseln, welches bekanntlich meist einen spinalen Ursprung hat. Während ein in der Haut empfundener Schmerz ganz im Allgemeinen die sensible Erregung ihrer Nerven anzeigt, deuten die Empfindungen des Juckens Brennens und Nesselns darauf hin, dass die Erregung von der Haut selbst ausgegangen sei. — Bei der Anidrosis hebt Verf. die unerklärte Thatsache hervor, dass, während die Hektik Lungensüchtiger von profusen Schweissen begleitet zu werden pflegt, die Hektik der Krebskranken im Gegentheil eine ungewöhnlich trockene Hautbeschaffenheit herbeiführt.

Besteht eine Hemiplegie schon längere Zeit, ist die gelähmte Seite kalt, welk und mager geworden, dann stellen auch die Schweissdrüsen ihre Function ein. Daher erkläre sich das Erlöschen der Schweissabsonderung bei der Elephantiasis anaesthetica. Dass bei Paraplegischen die Schweissabsonderung an den unteren Extremitäten zu erlöschen pflegt, sei, sagt Verf., falsch gedeutet, und die Lähmung für Folge der unterdrückten Schweisse gehalten worden. Was überhaupt die Mythe von den Folgen gewaltsam unterdrückter Schweisse betrifft, bekennt sich Verf. zu den bekannten, diessfälligen Ansichten unserer dermatologischen Schule. Er sagt S. 56: »Ich nehme in Fällen starker und riechender Flussschweisse keinen Anstand, kalte Waschungen anzurathen, und habe immer (?) Nutzen, und niemals Nachtheil daran gesehen. Die öfters beobachteten, blauen Schweisse (soll wohl heissen: blaufärbenden Schweisse) glaubt Verf. S. 58 auf

folgende Weise erklären zu können: Es sei nämlich möglich, dass sich unter Umständen (welchen?) ein mit dem Cyanurin übereinstimmender Körper bilde. Referent hatte in seiner Privatpraxis bei zwei Hodenkranken, welche wegen gleichzeitiger Syphilis Jodkali innerlich nahmen, zu wiederholten Malen die Gelegenheit, zu beobachten, dass das frisch gewaschene und gestärkte Suspensorium, sowie das Scrotum sich blau färbten. Bei icterischen Schweissen, bemerkt Verf., ist der Gallenfarbestoff nicht im Schweisse aufgelöst, sondern in den Epithelialzellen enthalten, welche demselben beigemengt sind.

Was die sogenannten mechanischen Schweise bei der Bright'schen Krankheit, im Choleratyphoide, bei der Eclampsia parturientium und das weisse Pulver betrifft, welches namentlich der Schweiss von Cholerakranken nach seiner Verdunstung auf der Haut zurücklässt und welches nach Mittheilungen von Schottin und unserem Universitäts-Collegen Dr. Drasche (über den Harnstoff-Beschlag der Haut und Schleimhäute im Choleratyphoide. Zeitschr. der k. k. Ges. der Aerzte. Wien 1856) aus reinem krystallisirtem Harnstoff besteht, spricht sich Verfasser S. 59 und 60 dahin aus, dass die von ihm bei ähnlichen Vorkommnissen angestellten, chemischen Prüfungen ihn bestimmt hätten, das fragliche Pulver wohl, als Chlornatrium hältig, nicht aber als Harnstoff anzusehen. Nach der Untersuchung von Prof. Lerch besteht der in Rede stehende, mehlige Beschlag lediglich aus Harnstoff mit etwas Epidermisschuppen. In einem Falle, sagt Prof. Lerch, war die Haut des Stammes mit glänzenden Krystallen bestreut, die an den Haaren gruppenweise hiengen und wie Sand glänzten. Auch sie bestanden nach Lerch's Untersuchung bloss aus Harnstoff und Kochsalz (S. Prager Viertelj. Schrift, 4. Band 1859. Urämische Darmaffectionen von Prof. Treitz pag. 177). Keinesfalls ist der Verf. geneigt, derartige Schweisse als vicarirende Secretion für die gestörte Nierenthätigkeit aufzufassen sondern will selbe in die Kathegorie der (sogenannten) Frieselschweisse gestellt wissen, die nach des Verfassers wiederholt ausgesprochenen Ansicht in einer geschwächten Herzthätigkeit ihre nächste Ursache, und im Todesschweisse ihr natürliches Analogon haben sollen.

In dem, mit der Ueberschrift »Bluterguss in die Haut« überschriebenen Capitel freut es uns, unsere vor mehreren Jahren in der Zeitung der k. k. Ges. der Aerzte niedergelegte Ansicht wiederzufinden, dass die, wie der Verfasser sagt, sehr bemerkenswerthe Eigenthümlichkeit der dunkleren Pigmentirung syphilitischer Exantheme darauf beruhe, dass bei syphilischen Ausschlägen das anfänglich in den Capillaren angehäufte Blut später aus demselben heraustritt.

Die Entzündungen der Haut theilt Verf. in diffuse, exanthematische und furunkulöse, und die diffuse Entzündung in die erythematöse, phlegmonöse und ekzematöse Form. Schluss folgt.)

Miscellen, Amtliches, Personalien.

Notizen.

Montag, den 30. Jänner 1860, Abends 7 Uhr, findet im Consistorial-Saale der k. k. Universität eine Plenarversammlung des Doctoren-Collegiums der med. Facultät statt.

Gegenstände: 1. Der Zusammenhang zwischen Oedem und Lymphbildung. Vortrag von Herr Dr. C. Ludwig, k. k. Professor an der Josefs-Akademie.

2. Ueber das Anchylostomum duodenale, einen in Italien und im Orient im Menschen vorkommenden Eingeweidewurm, vom naturhistorischen Standpuncte, mit Demonstration von Herrn Dr. Molin, k. k. Professor an der Universität zu Padua.

3. Die Laryngitis bei Kindern, mit besonderer Rücksicht der croupösen Form und ihre Behandlung. Vortrag von Herrn Dr. A. Luzsinsky, Director des Kinderspitales in Mariahilf.

4. Wahl von 5 Mitgliedern zur Ergänzung des Comité's gegen sanitätspolizeiliche Gesetzübertretungen. Bisher fungirten die Herren Doctoren: Ritter von Holger, Hopfgartner, Chrastina, Ritter von Eisenstein junior und Oberhofer.

Die Herren Medic. Doctoren Franz X. Kienast, im k. k. Bezirkskrankenhause Wieden und Johann Cap. Diernberger (wohnhaft in Gumpendorf 190) wurden am 17. d. M. als Mitglieder in die medic. Facultät aufgenommen.

In Sechshaus (eine Vorstadt der Residenz) ist vor einigen Tagen bei drei Personen (zwei Männern und einer Frau), unmittelbar nach dem eingenommenen Mittagsmahle, eine plötzliche Erkrankung vorgekommen, welche mit unläugbaren Spuren von Vergiftung auftrat. Die Frau ereilte nach wenigen Stunden ein qualvoller Tod, während die Männer in der Spitalsbehandlung stehen und zwar der eine, welcher nur gezwungener Weise einige Esslöffel der verdächtigen Speise genoss und der Gewaltthat einer versuchten Vergiftung verdächtig ist, dem Vernehmen nach im Inquisitenspitale. Die Leichentheile der verstorbenen Frau, so wie die Speisen des verhängnissvollen Mahles und die von allen drei Individuen erbrochenen Flüssigkeiten wurden von dem k. k. Landesgerichte in Strafsachen den beiden k. k. Landesgerichtschemikern zur gerichtlich-chemischen Untersuchung übergeben. Diesen Befund, so wie die Details des ganzen mysteriösen Ereignisses werden wir seiner Zeit mittheilen.

Gesundheits-Verhältnisse Wien's. Im k. k. allgem. Krankenhause erhält sich der Krankenstand auf gleicher Höhe; er variirte vom 18. bis 23. d. M. zwischen 2123 und 2077 und war am 23. 2077 (1189 Männer und 888 Weiber). Die Hauptgruppe der Aufnahme bilden noch immer die Katarrhe der Athmungs- und Verdauungsorgane, sowie Rheumatismen und Lungentuberculose. Alle übrigen Krankheitsformen sind dagegen nur in geringer Anzahl beobachtet. Unter den Exanthemen treten die Blattern noch immer häufig, gegenüber dem Scharlach und der Masern, auf.

Uebersicht über den Stand der Rinderpest bis Ende Dezember 1859.

1. In Galizien war die Seuche seit ihrem Beginne in 38 Orten und 10 Kreisen zum Ausbruch gekommen, in 7 der ersteren aber bis 31. Dezember bereits wieder erloschen und in 20 anderen kein Krankenrest mehr vorhanden. Im ganzen waren von einem Viehstande von 16,408 Rindern in den Seuchenorten 1121 erkrankt, davon 155 genesen, 847 gefallen, 49 als krank und 71 als verdächtig erschlagen, so dass noch 70 Kranke im Reste verblieben.

2. In Mähren, woselbst die Rinderpest Anfangs November v. J. in Mastställen, in denen galizisches Schlachtvieh eingestellt worden war, zum Ausbruche kam, verbreitete sich diese Seuche wohl über 39 in 5 Kreisen gelegene Orte; es wurden jedoch von ihr von einem Rinderstande von 6030 Stücken bisher nur 187 ergriffen, von welchen 2 genasen, 53 fielen, 132 kranke und 44 verdächtige erschlagen wurden, so dass ein Krankenrest nicht verblieb. Bis 31. Dezember 1859 war die Seuche in 26 Ortschaften bereits wieder erloschen.

3. In Niederösterreich kamen nur Seucheausbrüche in Baumgarten und in Achau vor. Im Ganzen erkrankten in beiden Orten 8 Rinder, von denen 2 fielen und 6 erschlagen wurden. In Hernals und Sechshaus ist die Krankheit bereits erloschen.

Von Oberösterreich sind Anzeigen über neuerliche Erkrankungen nicht vorgekommen. Dr. Röll,
Director des Thierarznei-Institutes in Wien.

Personalien.

Herr Medic. Dr. Josef Hitschfeld in Wien wurde mit dem kaiserlichen Russischen St. Annenorden dritter Classe decorirt; ferner wurde dem Herrn Chemiae Dr. Johann Lamatsch, Apotheker in Wien (alte Wieden), das goldene Verdienstkreuz mit der Krone, dem Herrn Medic. Doctoren Cajetan Fink in Penzing und Franz Wiederhofer in Klosterneuburg und dem chirurg. Subjecten Friedrich Wanz eben dort, für ihre aufopfernde Thätigkeit in der Pflege und Behandlung kranker Soldaten während der letzten Kriegsereignisse der Ausdruck der allerhöchsten Zufriedenheit bekannt gegeben.

Berichtigung.

Die in Nr. 51 v. J. in unserer Zeitschrift gebrachte Notiz, dass dem Herrn Dr. Franz Sauter, k. k. Bezirksarzt in Salzburg, das silberne Verdienstkreuz mit der Krone verliehen wurde, ist nach einer in der Salzburgerzeitung bemerkten Mittheilung dahin zu berichtigen, dass diese Allerhöchste Auszeichnung den Sohn des obgenannten Herrn Bezirksarztes, nämlich den Herrn Med. Doctor und Spitalsarzt in Salzburg, Ferdinand Sauter, betrifft, welcher in dem Spitale »Maria Plain« mit grosser Aufopferung und in ausgezeichneter Weise die dahin aus Italien transferirten verwundeten Soldaten als Chefarzt ärztlich behandelte.

Druck von Anton Schweiger in Wien.